
Subakutte buksumerter hos meget gammel kvinne

NOE Å LÆRE AV FRA FØRDE

SUJATA P. PARKAR

STEIN HARAM

Kirurgisk avdeling
Sentralsjukehuset i Sogn og Fjordane
6800 Førde



En nesten 91 år gammel kvinne med oppkast og økende bukomfang ble innlagt i kirurgisk avdeling fra aldersbolig. Det var ikke mulig å få en nøyaktig anamnese, men det ble opplyst at pasienten hadde vært plaget i flere dager. Det fremgår av sykehjemsrapporten at pasienten var blitt noe mentalt redusert de siste måneder. Ved innkomst fant man kvinnen i en noe nedsatt allmenntilstand. Abdomen var utspilt, meteoristisk, og det var sparsomt med tarmlyder. Pasienten var diffust palpasjonsømt. Det var ikke tegn til brokk. Hun kastet opp flere ganger – mørkebrunt oppkast, positivt for hemofec. Hb-nivået ved innkomst var 10,9 g/100 ml. Hun var appendektomert 28 år gammel, var ugift og hadde ingen barn.

Pasienten var 3 måneder før det aktuelle innlagt i ortopedisk avdeling etter å ha blitt funnet på gulvet hjemme. Det ble da påvist noen gamle kompresjonsfrakturer, og pasienten ble mobilisert. Hun ble utskrevet til aldersbolig. Under oppholdet i ortopedisk avdeling hadde hun abdominale smerter og obstipasjon og fikk Duphalac med god effekt.

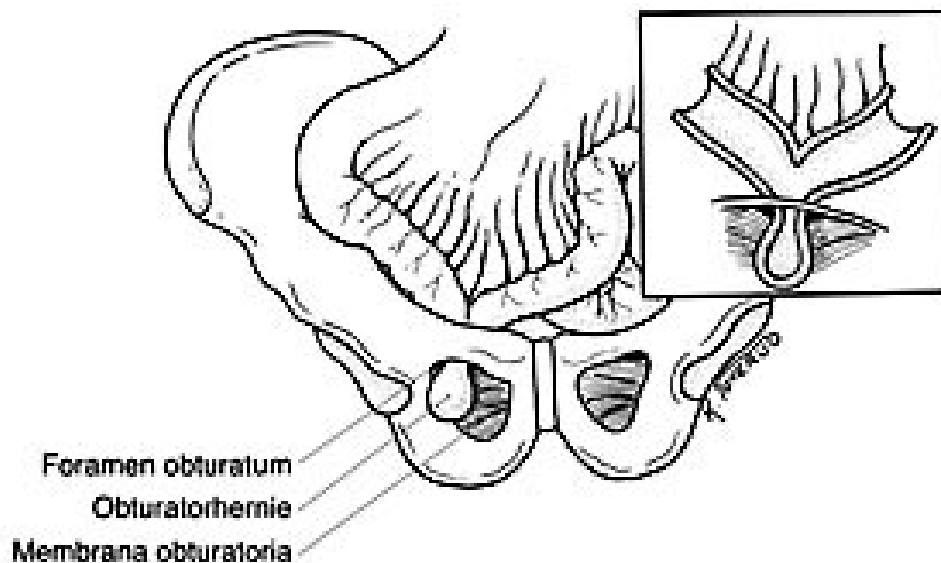
Hos en eldre kvinne som klager over abdominale smerter og endring i avføringsvaner, og som ikke tidligere har gjennomgått større abdominal kirurgi, tenker man først og fremst på cancer coli.

Røntgen oversikt abdomen viste subileus. Kontrastundersøkelse av tynntarmen ble startet senere på innkomstdagen. Denne viste sterkt forsinket passasjetid gjennom dilatert tynntarm uten sikker overgang til colon etter 24 timer. Pasienten hadde hele tiden luftavgang. I sengeposten fikk pasienten lagt ned en ventrikkelsonde, og ventrikkelen ble tømt for 500 ml gallefarget væske. Kontroll-Hb dagen etter innkomst var 10,5 g/100 ml.

Røntgenundersøkelsen forsterket mistanken om cancer coli med obstruksjon. Det ble bestemt at pasienten skulle laparotomeres neste dag.

Pasientens smerter tiltok, og hun ble laparotomert samme ettermiddag, dvs. tre døgn etter innkomst. Hun hadde kastet opp gjentatte ganger, og ved undersøkelse var hun diffust palpasjonsømt. Peroperativt fant vi normale forhold ved colon og rectum. Nærmere undersøkelse av tynntarmen viste et inkarsert obturatorhernie på venstre side 140 cm fra ileocøkalovergangen. Det dreide seg om Richters hernie (kun halve tarmveggen var inneklemt). Etter ti minutters venting hadde tarmen gjenvunnet både fargen og peristaltikken. Defekten i membrana obturatoria var på knapt 1 cm, og vi valgte ikke å gjøre noen form for plastisk operasjon. Tarmen ble lagt tilbake på plass og inngrepet avsluttet.

Obturatorhernie forekommer sjelden, omtrent i 0,7 % av alle tilfeller av brokk hos voksne. Tilstanden skyldes en defekt i membrana obturatoria, som dekker foramen obturatum. Den naturlige åpning i membranen hvor a. og v. obturatoria og n. obturatorius går gjennom foramen, betegnes canalis obturatorius (fig 1).



Figur 1 Obturatorhernie. Illustrasjon K. Toverud

Kvinner har et videre bekken enn menn og foramen obturatum er mer trekantet i formen enn hos menn. Hos eldre kvinner fører vekttaap til at preperitonealt fett som ligger over canalis obturatorius minker. Dette medfører økt risiko for utvikling av hernie.

Kirurgisk behandling er lukking av defekten i membranen med avbrutt sutur eller tobakkspungsutur. I ettertid er vi kommet frem til at defekten burde vært lukket for å hindre tilbakefall av tilstand. Vi lot være fordi defekten var liten og fordi kun halve tarmveggen var inneklemt. Vi vurderte risikoen for residiv for minimal.

Pasienten hadde utviklet obstruksjon over tid og hadde hele tiden luftavgang. Peroperativt fant vi partiell obstruksjon av lumen. Det var røntgenologisk ikke mulig å bestemme nivået på obstruksjonen preoperativt. Vi mener dette skyldtes Richters hernie. Total obstruksjon ville gitt mer akutte symptomer tidligere i forløpet.

Postoperativt utviklet pasienten ileus, som ble bekreftet ved røntgen oversikt abdomen. Tilstanden ble behandlet konservativt, og pasienten kom seg. På grunn av vedvarende kvalme ble pasienten gastroskoptert 8. postoperative dag, uten at man påviste noe patologisk. Det bemerkes at duodenum ikke ble undersøkt. Hun fikk en urinveisinfeksjon, som ble behandlet med ciprofloksacin med god effekt. 9. postoperative dag hadde pasienten Hb 8,9 g/100 ml og fikk to enheter blod. Kontroll to dager senere var 12,5 g/100 ml. Hun ble utskrevet til aldershjemmet 11. postoperative dag.

Av tilsynslegen ved aldersboligen har vi fått opplyst at pasienten ikke hadde plager i form av abdominalsmerter, obstipasjon, dyspepsi eller oppkast sju måneder postoperativt. Hun ble etter hvert sengeliggende og begynte å kaste opp blod. Verken pasienten eller hennes pårørende ønsket innleggelse i sykehus, og pasienten døde på aldershjemmet 8 måned etter operasjonen.

Pasienten hadde ved innkomst kaffegrutliknende oppkast, mens oppkastet senere var gallefarget. Kontroll-Hb dagen etter innkomst viste ingen stor nedgang. Hennes obstruksjonssymptomer var mer fremtredende og ble derfor prioritert. Peroperativt fant vi ikke tumor i colon eller i rectum. Det postoperative Hb-fallet kan ha skyldtes et ikke påvist ulcus i duodenum. Denne diagnosen sannsynliggjøres av opplysningene fra aldersboligen etter utskrivning.

Diskusjon

Obturatorhernie forekommer oftest hos eldre over 70 år. Tilstanden er ni ganger hyppigere hos kvinner enn hos menn. Vekttap og flerfødslar øker risikoen. De vanligste symptomene ved inkarserasjon er kolikkaktige abdominalsmerter, kvalme og oppkast. Da plagene er diffuse, går det ofte noen dager fra symptomdebut til kontakt med helsevesenet. Smerter tilsvarende nervus obturatorius' innervasjonsområde (Howship-Rombergs test) beskrives som patognomonisk. Smertene forverres ved ekstensjon og abduksjon eller innoverrotasjon av låret.

Ved klinisk undersøkelse kan man finne en oppfylling i lysken eller en oppfylling palpabel ved rektal eller vaginal undersøkelse.

Av supplerende undersøkelser står valget mellom kontrastundersøkelse av tarm, ultralyd og CT abdomen. Vi gjorde en kontrastundersøkelse av tynntarmen, uten å komme noe nærmere diagnosen. En gjennomgang av litteraturen fremhever CT abdomen som den beste diagnostiske undersøkelsen (1 – 4). Vanligvis stilles diagnosen peroperativt.

Behandlingen har vært lukking av defekten med avbrutt sutur eller tobakkspungsutur. Enkelte har også begynt å dekke defekten med et nett. Ved elektiv kirurgi er laparoskopi og laparoskopisk herniorafi et alternativ.

Konklusjon

Obturatorhernie forekommer sjelden. Hos tynne, eldre, multipara kvinner med obstruksjonssymptomer bør diagnosen utelukkes dersom man ikke finner en annen årsak til obstruksjonen. Diagnosen bør også utelukkes hos kvinner med diffuse abdominale plager. Diagnosen stilles sent hos disse skrøpelige pasientene, med høy letalitet som resultat. Tidlig diagnostikk kan kanskje bidra til å bedre overlevelsen ved obturatorhernie.

Smertefulle mononevropatier

Espen Dietrichs

Nevrologisk avdeling, Ullevål sykehus, 0407 Oslo

Parkar & Haram (5) refererer en pasient som fikk sterke smerter i n. obturatorius' innervasjonsområde etter at nerven kom i klemme på grunn av hernie i foramen obturatum. Dette er bare ett av mange eksempler på hvordan affeksjon av det perifere nervesystemet kan føre til lokaliserte smerter.

Sannsynligvis hadde en grundig nevrologisk testing av pasienten også avslørt andre tegn på obturatoriusmononevropati, det vil si nedsatt sensibilitet i deler av det samme området, adduksjonsparese i hoftelrådet og svekket adduktorrefleks.

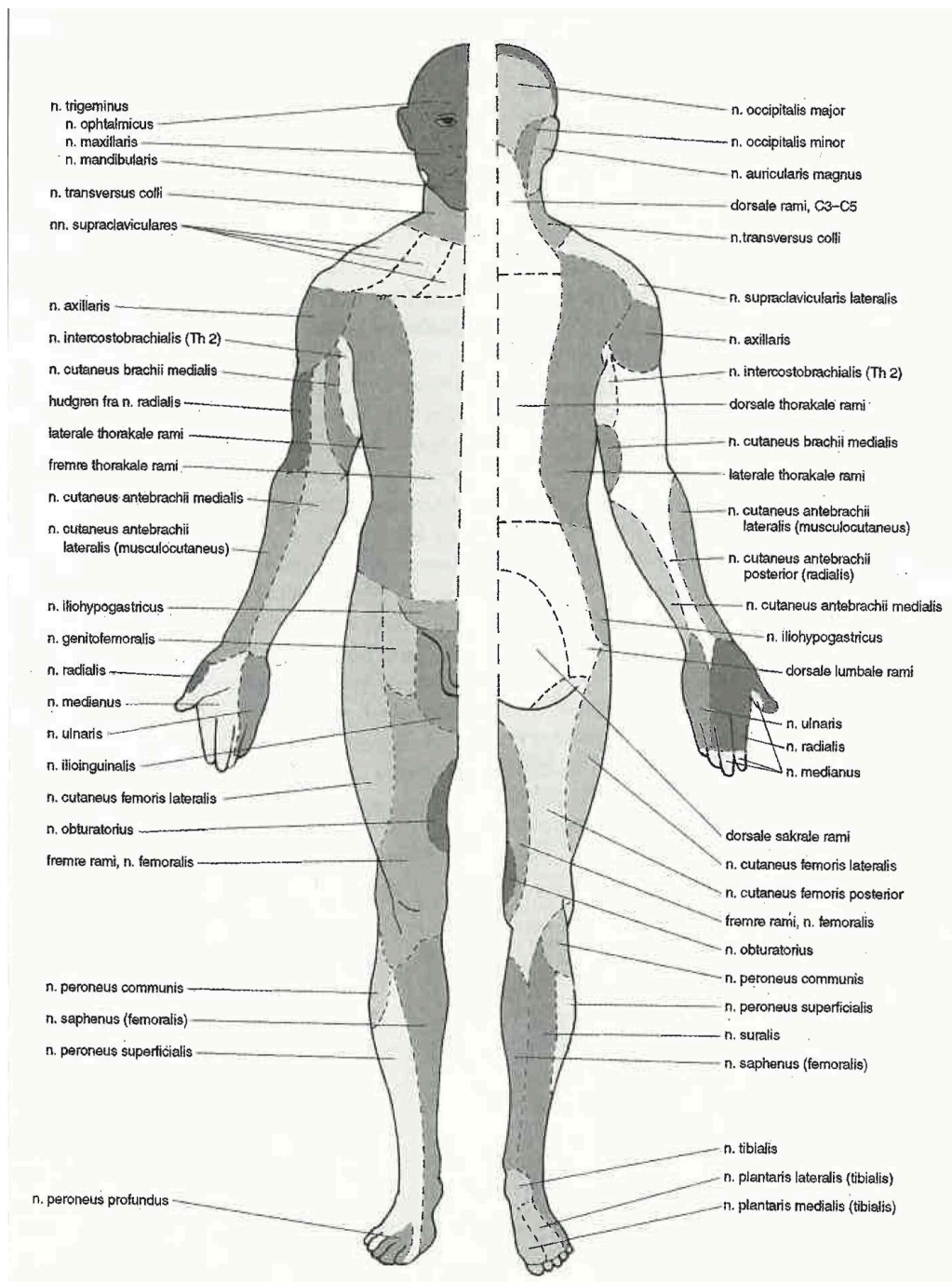
Sykdom og skade kan ramme det perifere nervesystemet generelt (polynevropati) eller gi fokal lesjon i nerverot, spinalnerve, nervepleksus eller perifer nerve. En fokal lesjon kan skyldes traume eller mekanisk trykk (for eksempel fra en tumor, ved entrapment eller som komplikasjon til leie på operasjonsbordet eller bruk av holdere under et kirurgisk inngrep). Men også systemiske sykdommer kan føre til affeksjon av bare en nerve (mononevropati). Paraneoplastiske, inflammatoriske (polyarteritis nodosa), infeksjøs (borreliose), metabolske (diabetes) og toksiske (alkohol) mononevropatier er eksempler på dette.

Symptomene ved en perifer nerveskade avhenger hva slags nervefibrer som rammes, og hvor. Hvis både sensoriske og motoriske nervefibrer er affisert, sees ofte pareser (og etter hvert ev. muskelatrofi) sammen med sensibilitetstap

og smerter. Er den aktuelle nerven også en del av refleksbuen til en senererefleks, vil refleksen kunne være svekket eller utslukket. For rotlesjoner klin smerter og nevrologiske utfall være begrenset til et dermatom og/eller tilhørende myotom, slik som ved cervikal radikulopati og isjias. Mononevropatier kan affisere en hel nerve og gi omfattende nevrologiske utfall, eller kan ramme bare en liten nervegren til en muskel eller et begrenset hudområde.

Graden av smerter ved mononevropati varierer i hvert enkelt tilfelle. Den kan trolig avhenge både av mengden sensoriske fibrer i nerven og av sykdomsårsaken. Forcli mange perifere nerver har overlappende sensoriske innervasjonsområder, kan ofte det smertefulle området ha langt større utbredelse enn området med sensibilitetstap. Sammenlikner vi med kartet over de forskjellige perifere nervers huddistribusjon (fig 1) (6), vil derfor ofte utbredelsen av parestesier og smerter gi den beste pekepinn på hvilken nerve som er rammet.

I prinsippet kan en hvilken som helst perifer nerve bli rammet hvor som helst langs hele sitt forløp. I klinisk praksis vil imidlertid visse nerver og visse lokalisasjoner ram-, mes hyppigere enn andre, ikke minst på grunn av forskjellig vulnerabilitet for mekaniske lesjoner. For å kartlegge nøyaktig hvor på nerven skaden er lokalisert er det ofte nødvendig å gjøre en grundig testing av alle muskler innervert fra den aktuelle nerven, samt en nøyaktig sensibilitetstesting. Man kan da avgjøre om det dreier seg om en proksimal eller distal skade, og eventuelt hvor skaden er lokalisert i forhold til avgangen av forskjellige sensoriske og motoriske nervegrener.



Figur 1 De forskjellige perifere nervers innervasjonsområder. Figuren er gjengitt med tillatelse fra forlaget Vett og Viten (6)

Eksempler på smertefulle mononevropatier

Mononevropatier som skyldes kompresjon/ entrapment, gir pareser, parestesier og nedsatt sensibilitet, men ofte lite smerter. Et eksempel på slike trykkmononevropatier er tadiasparsese med dorsalmosjonsparsese i håndleddet («drophand») når nerven har vært trykt mot humerusskafet, for eksempel under dyp søvn på hardt underlag eller med kjæresten på armen («saturday night palsy»/ «paralysie d'amor»/«Montag Morgen Pare-

se)/«Parkbanklahmung»). Et annet eksempel er dorsalmosjonsparese i ankelen («dropfoot»). etter at n. peroneus communis har vært klemt mot fibula rett under kneleddet.

Noen trykkinduserte mononevropatier kan være assosiert med smerter:

Trigeminusneuralgi er en paroksyttisk, smertefull mononevropati som er lokalisert til en eller flere grener av femte hjernenerve. Trolig kan tilstanden i en del tilfeller være forårsaket av en karslynge som gir mekanisk klem på nerven rett etter at den har passert ut fra hjernestammen (7).

N. medianus i armen kan rammes en rekke forskjellige steder. Den vanligste lokalisasjonen for entrapment er i håndrots' kanalen, med påfølgende *canalis carpi*-syndrom med smerter, sensibilitetstap og pareser i hånden.

Meralgia paresthetica skyldes kompresjon av n. cutaneus femoris lateralis der den passerer under ligamentum inguinale og gjennom fascien ut på lateralsiden av låret. Symptomene er smertefulle parestesier (dysestesi) og eventuelt hyperestesi i nervens innervasjonsområde.

Piriformissyndrom er et mye omtalt kompresjonssyndrom som skal kunne forekomme når n. ischiadicus som en normalvariant passerer mellom utspringssenene til m. piriformis. Muskelaktivitet (særlig utoverrotasjon i hoften) kan i slike tilfeller teoretisk gi trykk mot nerven og isjialgi på liknende måte som ved lumbosakral radikulopati (for eksempel forårsaket av lumbalt prolaps). Piriformissyndromet blir etter all sannsynlighet overdiagnostisert, og hele tilstandens eksistens kan trekkes i tvil (8). Mer distal kompresjon av grener fra n. ischiadicus er langt vanligere. Et eksempel er Mortons metatarsalgia, som skyldes entrapment av tånerver i foten (som stammer fra nn. plantares og er endegrener av n. tibialis).

LITTERATUR

1. Yokoyama Y, Yamaguchi A, Isogai M, Hori A, Kaneoka Y. Thirty-six cases of obturator hernia: does computed tomography contribute to postoperative outcome? *World J Surg* 1999; 23: 214 – 6.
2. Yokoyama T, Munakata Y, Ogiwara M, Kamijima T, Kitamura H, Kawasaki S. Preoperative diagnosis of strangulated obturator hernia using ultrasonography. *Am J Surg* 1997; 174: 76 – 8.
3. Chung CC, Mok CO, Kwong KH, Ng EK, Lau WY, Li AK. Obturator hernia revisited: a review of 12 cases in 7 years. *J R Coll Surg Edinb* 1997; 42: 82 – 4.
4. Naude G, Bongard F. Obturator hernia is an unsuspected diagnosis. *Am J Surg* 1997; 174: 72 – 5.
5. Parkar SJ, Haram S. Subakutte buksmerter hos meget gammel kvinne. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 2007-8.
6. Dietrichs E .. Nervesystemets oppbygning og funksjon som grunnlag for topografisk diagnostikk. I: Gjerstad L, Skjeldal OH, red. *Nevrologi*. 2. utg. Nesbru: Vett og Viten, 2000: 9-25.

7. Eide PK, Slettebø H. Karslynger og hjernenervesykdommer. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 4079-84.

8. Spaans F. Compression and entrapment neuropathies. I: Matthews WB, red. Handbook of clinical neurology, Bd. 7 (51). Neuropathies. Amsterdam: Elsevier, 1987: 85-118.

Publisert: 30. juni 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.